

Modelo SC-1515 (IRM)
14-mayo-71
Manual de Contabilidad

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

JUNTA DE RETIRO PARA MAESTROS

INFORME RENTA ANUAL VITALICIA

-1959

Nombre Luz M. Cruz Cruz			Núm. Reclamación 32956			Sexo F		
Tipo de Renta: a— Años de Servicio y Edad Opcional (x) Obligatorio () b— Edad () c— Incapacidad Ocupacional () No Ocupacional () d— Diferida () *						Fecha de Nacimiento Año Mes Día Fecha de Retiro 2000 agosto 1 Año Mes Día Fecha de Efectividad 2000 agosto 2 Año Mes Día		
Edad al Retirarse 55 5 6 Años Meses Días			Servicios Acreditados 35 5 1 2½ Años Meses Sem. Días			Costo Anualidad \$ 37,533.17		

Retiro Ley Núm. 218 de 1951

Cómputo de la Renta Anual:
 a— Sueldo promedio mensual más alto durante ^{tres} ~~cinco~~ años consecutivos a \$ 1,819.58
 X .75% X 30 años
 (Por ciento) (Tiempo Acreditado)
 1,364.68

* En caso de renta anual diferida, ésta comenzará al cumplir la edad de _____
 () o a opción en fecha posterior si al retirarse tiene 25 años de servicios y menos de 55 años de edad.
 () o a opción en fecha posterior si al retirarse tiene 10 y menos de 25 años de servicios y menos de 60 años de edad.

b— Ajuste para llegar al Mínimo Establecido por Ley

Años de Servicio Edad Incapacidad Física
 \$ \$ \$

Diferencia Mínimo o Renta Sistema Retiro

Renta Mensual Vitalicia

1,364.68

Renta Anual Vitalicia

16,376.16

Computado

Cotejado

B. Ledoux
 Brendally Ledoux

24-10-00
 Fecha

[Signature]
 Carlos J. Serrano
 24/10/2000
 Fecha

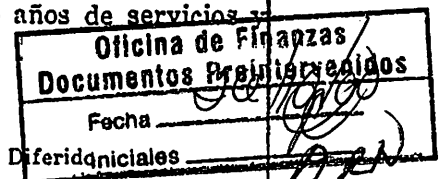
Recomendado:

Aprobado:

Gloria E. Navas Pérez
 Gloria E. Navas Pérez
 Directora Area Servicios de Retiro

24-10-00
 Fecha

[Signature]
 Irma A. Giménez López
 10/27/2000
 Fecha
 Secretaria Ejecutiva



Nombre Luz M. Cruz Cruz

Servicios Acreditados

[illegible]

Total:	35	5	1	2½
--------	----	---	---	----

Desglose primer pago:

Renta Mensual

Deducciones:

Asociación de Maestros

Préstamo

Otras

Total Deducciones

Importe del Cheque

Observaciones:

Año Escolar

Hasta 1917-18_____ 9 meses

Desde 1918-19 hasta 1940-41__ 10 meses

En el 1941-42 _____ 11 meses.

Desde 1942-43 en adelante_____12 meses

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL
DISTRITO DE PUERTO RICO

**Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).**

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

2018 JUN 22 P 2:29

RECEIVED

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

Proof of Claim / Evidencia de reclamación

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

Part 1 / Parte 1

Identify the Claim / Identificar la reclamación

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

Luz Minerva Cruz Cruz

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

12. Is this claim subject to a right of setoff?

☐ No / No

☐ Yes. Identify the property /

Si. Identifique el bien:

Deuda del Romerazo - Ley 89

¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?

☐ No / No

☐ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim.

\$ _____

¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

Si. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it. FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha. FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

☒

I am the creditor. / Soy el acreedor.

☐

I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.

☐

I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.

☐

I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this Proof of Claim serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta Evidencia de reclamación se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta Evidencia de reclamación y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 6-22-2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Luz Minerva Cruz Cruz

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

Luz Minerva Cruz Cruz

First name / Primer nombre

Middle name / Segundo nombre

Last name / Apellido

Title / Cargo

maestra Retirada

Company / Compañía

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.

Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

11137 Hacienda El Semil

Number / Número

Street / Calle

Villalba

City / Ciudad

P.R.

State / Estado

00766

ZIP Code / Código postal

Contact phone / Teléfono de contacto

939-242-6626

Email / Correo electrónico

FORM. 409 Rev. 99



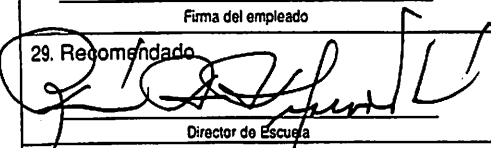
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN

Secretaría Auxiliar de Recursos Humanos

Informe de Cambio - Personal Docente

Pagarle _____ días por vacaciones
regulares

Descontarle _____ días por
ausencias

ANTES DEL CAMBIO		DESPUÉS DEL CAMBIO
1. Nombre del Empleado	Luz Minerva Cruz Cruz	
2. Número de Seguro Social	-1959	
3. Lugar y Fecha de Nacimiento	Ponce -	
4. Sexo	Femenino	
5. Estado Civil	Casada	
6. Preparación Académica	BA	
7. Experiencia	35 años	
8. Status Empleado (Contrato)	permanente	
9. Sueldo Bruto	\$1,900.00	
10. Número del Puesto	R-28819	
11. Categoría del Puesto	Maestra Inglés-Nivel Secundario	
12. Nivel del Puesto (Directivo)		
13. Fondo	Estatat	
14. Cifra de Cuenta	111-081-09-075-001-00-1110-01-000075	
15. Fecha de Efectividad	1 de agosto de 2000	
16. Acción y Duración	Cese	
17. Causa del Cese	Jubilación Edad y Años de Servicio	
18. Último día de Trabajo	31 de mayo de 2000	
19. Último día de Pago		
20. Programa Escolar, nivel y grado	Inglés Nivel Secundario	
21. Turno en Registro		
22. Distrito Escolar	Villalba	
23. Escuela	de la com. Francisco Zayas	
24. Dirección Postal y Residencial HC-01 Box 4672 Villalba, PR 00766	Bo. Semil Carr. 514 Km. 0 hm. 3 Villalba PR	25. Teléfono Residencial 847-6313 847-4337 (amiga)
26. Observaciones:		
27. En caso de cambio de status a probatorio o permanente, traslado, reasignación permanente, reubicación o descenso.		28. Deseo: <input type="checkbox"/> Acogerme <input type="checkbox"/> No Acogerme Al descuento del 3% de mi sueldo mensual para el Fondo de Ahorro y Préstamo de la Asociación de Empleados del ELA de Puerto Rico en caso de cambio de contrato a probatorio o permanente.
Firma del empleado _____ Fecha _____		Firma del empleado _____ Fecha _____
29. Recomendado  Director de Escuela _____ Fecha 31 de mayo de 2000		30. Recomendado Director de Escuela _____ Fecha _____
31. Aprobado: Por el Secretario de Educación o su Representante Firma _____ Fecha _____		

Gobierno de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque: 05246437
Desde: 12/04/00
Hasta: 12/04/00 Fecha: 12/08/00

LUZ M CRUZ CRUZ
HC 01 BOX 4672
VILLALBA PR 007669716

Empleado:
Dept: 8005075-Ponce Villalba
Oficina: Francisco Zayas Santana
Titulo: M.Ingles-Nivel Sec.
Sueldo: \$1,900.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Married Claiming no personal exem
Concesiones: 0
Pct. Adcl.: 0
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente		Acumulado		Descripcion	Corriente	Acumulado
		Horas	Ingresos	Horas	Ingresos			
Bono de Navidad			500.00		500.00	PR Withholding	40.00	1,678.04
Pago de Salarios Regulares			0.00	1140.00	18,050.00			
Total:			500.00	1140.00	1,450.00	Total:		40.00 1,678.04
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,510.50	AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	0.00	1,773.62	FSED Disability Plan	8.50	315.35
			SM-First Medical Health Plan	0.00	994.50	GPR Plan de Retiro de Maestro	0.00	1,534.25
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	0.00	106.97	SM-First Medical Health Plan	0.00	360.00
			AE-Seguro por Muerte Asoc ELA	0.00	66.50			
			AS FED MAESTROS APT	0.00	152.00			
			GPR Plan de Ahorros	0.00	541.50			
			RM-Ser No Coti-Ret Ma-Anterior	0.00	89.30			
Total:		0.00 1,510.50	Total:		0.00 3,724.39	* Tributable		
TOTAL BRUTO			TOTAL IMPUESTOS			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente: 500.00			40.00			0.00		
Acumulado: 1,450.00			1,678.04			5,234.89		
PTO HORAS ACUM			DISTRIBUCION PAGA NETA					
Balance Inicial: 0.0			Cheque #05246437			460.00		
+ Acumulado:			Total:			460.00		
- Utilizado:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final: 0.0								

MENSAJE: "FELICIDADES Y PROSPERO 2001 A LOS SER VIDORES PUBLICOS Y FAMILIARES", PEDRO ROSSELLO

GF-7

8241423

P

ENT
DING

Gobierno de Puerto Rico
080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque: 02448716
Desde: 02/21/00
Hasta: 03/03/00 Fecha: 02/28/00

LUZ M CRUZ CRUZ
HC 01 BOX 4672
VILLALBA PR 007669716

Empleado:
Dept: 8005075-Ponce Villalba
Oficina: Francisco Zayas Santana
Titulo: M.Ingles-Nivel Sec.
Sueldo: \$1,900.00 Monthly

DATA IMP: Federal PR
Estado Civil: Married Claiming no personal exem
Concesiones: 0
Pct. Adcl.: 0
Cant. Adcl.:

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
		Corriente		Acumulado				
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares			950.00	240.00	3,800.00	PR Withholding	91.42	365.68
Total:						950.00	240.00	3,800.00
						Total:	91.42	365.68

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	66.50	266.00	AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	54.98	219.92	SM-First Medical Health Plan	40.00	80.00
			SM-First Medical Health Plan	40.00	160.00	GPR Plan de Retiro de Maestro	80.75	323.00
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	5.63	22.52	FSED Disability Plan	16.15	64.60
			AE-Seguro por Muerte Asoc ELA	3.50	14.00			
			AS FED MAESTROS AFT	8.00	32.00			
			GPR Plan de Ahorros	28.50	114.00			
Total:			Total:			* Tributable		
66.50			140.61					
266.00			562.44					

TOTAL BRUTO		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA NETA	
Corriente:	950.00	91.42		207.11		651.47	
Acumulado:	3,800.00	365.68		828.44		2,605.88	
PTO HORAS		ACUM		DISTRIBUCION PAGA NETA			
Balance Inicial:	0.0			Cheque #02448716		651.47	
+ Acumulado:				Total:		651.47	

- Utilizado:
- Donada:
+ Ajustes:
Balance Final: 0.0

mensaje:

5422966

F

ENT
DING